**Modulo di domanda per l’accesso ai benefici previsti per iniziative di welfare integrativo a sostegno del reddito, della mobilità sostenibile, della genitorialità, della salute, della formazione e dell’aggiornamento professionale a favore dei dirigenti del Consiglio regionale del Lazio - annualità 2023.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso *(indicare il servizio presso il Consiglio regionale e l’Area di appartenenza)* e iscritto nel ruolo ( *del Consiglio regionale*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss. mm. ii., consapevole delle sanzioni penali richiamate nel medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci

CHIEDE

in attuazione dell’articolo 21 e 22 del Contratto collettivo decentrato integrativo (CCDI) del personale con qualifica dirigenziale del Consiglio regionale del Lazio per il triennio 2021 – 2023, di poter usufruire dei benefici corrispondenti a rimborso delle spese per il sostegno degli interventi previsti dell’avviso, concernenti:

**A) iniziative di sostegno al reddito della famiglia e alla mobilità sostenibile, di cui all’articolo 3, lettera a), punti 1 e 2, i dipendenti e/o familiari fiscalmente a carico, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. A tal fine dichiara:**

□ spese sostenute per il pagamento di utenze domestiche del servizio idrico integrato, dell’energia elettrica e del gas naturale;

□ spese sostenute per l’acquisto di abbonamenti per il trasporto pubblico.

Il dirigente, il/i familiare/i per cui intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | | Luogo e data di nascita  Codice fiscale | Servizio richiesto  (indicare tra utenze domestiche del servizio idrico integrato, dell’energia elettrica e del gas naturale, abbonamenti/biglietti per il trasporto pubblico) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Si allega:

□ documentazione fiscale relativa al pagamento delle utenze domestiche, degli abbonamenti per il trasporto pubblico (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento).

□ copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

**Dichiara**

***(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 di composizione del nucleo familiare)***

di essere:

**□** coniugata/o **□** non coniugata/o **□**separata/o legalmente **□** divorziata/o

**□** altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** che il coniuge/convivente/altro non lavora presso il Consiglio regionale;

**□** che il coniuge / convivente / altro lavora presso il Consiglio regionale (*in tal caso indicarne le generalità, matricola, codice fiscale e struttura di appartenenza*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□che il nucleo familiare è così composto *(Cognome, nome, luogo, data di nascita e codice fiscale dei componenti)*:



**□** che la/il dirigente o il familiare convivente non ha inoltrato altre richieste di rimborso ad altri soggetti pubblici o privati per la copertura dei costi inerenti alle iniziative riportate nell’Avviso.

***N.B. La dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 di composizione del nucleo familiare va sempre compilata per poter accedere ai benefici di cui all’articolo 3, lettere a), b), c) e d) dell’Avviso.***

**B) iniziative a sostegno della genitorialità come previsto dall’articolo 3, lettera b), punti 1 e 2 dell’avviso.**

□ spese per il pagamento delle rette scolastiche (asili nido, micronidi, sezioni primavera e scuole per l’infanzia, scuola materna, scuola secondaria di primo e secondo grado e università (solo tasse);

□ spese sostenute per i centri estivi;

Il/i figlio/i per cui intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome  del figlio | | Luogo data di nascita e  Codice fiscale del figlio | Servizio richiesto  (indicare tra asilo nido/Micronido/Sez. Primavera/Scuola per l’Infanzia/Centro estivo) | Denominazione e indirizzo della struttura scolastica/ricreativa |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**C) iniziative a sostegno dell’istruzione e della promozione del merito dei figli, di cui all’articolo 3, lettera c), punti 1 e 2 dell’Avviso.**

□ spese sostenute per l’acquisto di libri scolastici e universitari;

□ spese sostenute per vacanze studio, master universitari, corsi di lingue.

Il/la/i figlio/a/i per cui intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome del figlio | | Luogo data di nascita e  Codice fiscale del figlio | Servizio richiesto  (acquisto libri, vacanze studio, master universitari) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Si allega:

**□** documentazione fiscale relativa all’acquisto di libri scolastici e universitari e al pagamento di vacanze studio, master universitari, corsi di lingue (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento o appartenente al nucleo familiare) che riporti nella causale l’indicazione del corso, della vacanza o del master e il soggetto del nucleo familiare.

**□** copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

*N.B. Le ricevute o fatture esenti da iva ai sensi dell’art. 10 del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972, di importo superiore a € 77,47, devono essere, obbligatoriamente, munite di marca da bollo da € 2,00 come previsto dal D.P.R. n. 642 del 1972 e ss.mm. (salvo pagamento in modo virtuale).*

**D) iniziative a sostegno della tutela della salute come previsto dall’articolo 3, lettera d), punti 1 e 2 dell’avviso, relativamente alle spese mediche, ai servizi assicurativi sanitari e** **all’attività dirette al benessere psico-fisico con riferimento anche alla pratica sportiva, a tal fine dichiara:**

□ spese mediche e spese per polizze sanitarie;

□ spese per attività dirette al benessere psico-fisico con riferimento anche alla pratica sportiva.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compagnia assicurativa/elenco spese mediche/centro per la pratica sportiva | Data della sottoscrizione | Servizi assicurativi previsti/spese sanitarie/abbonamento palestra | Premio assicurativo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si allega:

□ documentazione fiscale (ricevuta o bonifico bancario/postale) relativa al pagamento della polizza assicurativa sanitaria intestato al soggetto destinatario del pagamento, che riporti nella causale l’indicazione della polizza assicurativa relativa alla copertura di spese mediche, non professionali;

□ documentazione fiscale, ricevute o bonifico bancario/postale relativi al pagamento dei servizi diretti al benessere psico-fisico con riferimento alla pratica sportiva.

**E) spese veterinarie e polizze assicurative per animali da compagnia, come previsto dall’articolo 3, lettera e) dell’avviso.**

□ spese veterinarie sostenute;

□ spese sostenute per polizza veterinaria.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compagnia assicurativa/elenco spese veterinarie | Data sottoscrizione | Servizi assicurativi previsti | Premio assicurativo/totale costo spese veterinarie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si allega:

**□** documentazione fiscale (ricevuta o bonifico bancario/postale) relativa al pagamento della polizza assicurativa sanitaria o delle spese veterinarie intestate al dirigente, o al componente, che risulti proprietario dell’animale domestico, regolarmente iscritto all’Anagrafe degli animali di affezione.

**F) iniziative a sostegno della** **formazione e dell’aggiornamento professionale individuale come previsto dall’articolo 3, lettera f), punti 1, 2 e 3 dell’avviso.**

□ spese per attività di formazione aggiornamento (stages, corsi, master, workshop, corsi di lingue)

□ spese sostenute per acquisto abbonamenti e/o riviste per aggiornamento professionale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ente Formatore | Titolo del corso/Nome rivista/giornale | Durata del corso | Costo del corso |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si allega:

**□** documentazione fiscale relativa al pagamento delle attività svolte di formazione e aggiornamento professionale (ricevute o bonifico bancario/postale intestato al soggetto destinatario del pagamento), che riporti nella causale l’indicazione della struttura, ente di formazione o università dove si è svolta l’attività di formazione o aggiornamento, nonché, quelle relative al pagamento delle spese per gli acquisti utili all’aggiornamento professionale ovvero delle spese complessivamente sostenute per la partecipazione a convegni, congressi, seminari, stages, meeting, workshop, corsi, giornate di studio, corsi di lingue.

**□** documentazione attestante l’avvenuta fruizione del servizio (attestato di frequenza), rilasciato dalla struttura, ente di formazione o università.

**G) iniziative a sostegno dei servizi assicurativi diretti alla copertura dei rischi professionali (solo per tutela legale, è esclusa la “colpa grave”), come previsto dall’articolo 3, lettera g), dell’Avviso**

□ spese sostenute per servizi assicurativi diretti alla copertura dei rischi professionali (solo per tutela legale, è esclusa la “colpa grave”).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compagnia assicurativa | Data della sottoscrizione | Servizi assicurativi previsti relativa alla copertura di danni causati per colpa grave | Premio assicurativo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si allega:

□ documentazione fiscale (ricevuta o bonifico bancario/postale) relativa al pagamento della polizza assicurativa professionale intestato al soggetto destinatario del pagamento.

Il sottoscritto, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 e del D. Lgs. n. 196/2003 dichiara di aver ricevuto l’informativa predisposta dal Titolare ai sensi dell’art. 13 GDPR e di averla resa disponibile a tutti i soggetti menzionati dal presente modulo cui i dati personali e particolari acquisiti fanno riferimento.

Data \_\_/\_\_/\_\_

Firma del dichiarante  
 (firma digitale)